

松岡 浩司¹⁾ 岡部 浩通¹⁾ 今井 幸三²⁾

1) 徳島赤十字病院 精神神経科

2) 阿波井島保養院

要 旨

その病歴において両親から軟禁されるという体験があり、失立、失声等で発症した転換性障害の22歳女性症例を報告する。母親は一級身体障害者。幼少時より両親に交友関係や門限など厳しく制限されて生育した。中学生時過換気症候群を発症、高校入学後失立・失歩が出没するようになった。21歳時、恋人との交際を両親に猛反対され、自宅二階に軟禁状態となり、無断外出すると体罰を与えられるようになった。この頃から失声も出現したため、近医より紹介入院(任意入院)となった。治療は①環境調整②両親への感情を患者に言語化させること、を目標とし、入院期間を限定した上で両親を含めた三者面談を頻回に行い、家族療法的アプローチを試みた。入院2ヶ月目、電話をきっかけに失声が消したことから両親と会話が出来ようになり、その後の歩み寄りの過程で家族構造の歪みを双方が認識したことで症状が劇的に消失し退院となった。

キーワード：転換性障害、家族療法

はじめに

その病歴において両親から軟禁されるという体験があり、過換気症候群、失立失歩で発症し、入院に至ったが、家族療法的アプローチにて寛解に至った転換性障害の女性例を報告する。なお本報告では患者のプライバシーを考慮し、家族歴、病歴その他を一部改変してあることを予め断っておく。

症 例

症 例 A、入院当時23歳女性。初診当时无職。

家族歴

母親は一級身体障害者であるが家事や身の回りのことは相当程度自分でこなせる。挙子はAのみ。父親は多忙な工員であるが、妻(Aの母親)に対しては、外出の際の同伴など介護・援助を惜しまない。両親ともAに対しては支配的で、聞く耳を持たず一方的に意見を押しつける傾向がある。

生育歴・現病歴

元来活発な性格であったが、厳格な両親のもと、幼

少時より門限や交友関係を厳しく制限されて育った。中学時代、部活動への入部を反対された後、初めて過換気症候群(以下HV)エピソードがあった。中学在学中は計数回のHVエピソードがあったという。県立高校1年時、眼が見えなくなったり、歩けなくなったりする症状が出発するようになった。近医P内科を受診し頭部CT、MRIには異常所見はなかったが症状の多様性から多発性硬化症(以下MS)を疑われ、prednisoloneを投薬されたが症状は一進一退であった。時々自力で歩けなくなるため学校まで父親に送迎してもらった状況であったが、勉強や課外活動には意欲的であった。〈病気なのに部活などとんでもない〉という両親の反対のため、正式な部活動は諦め、自分で手話を勉強したり、バンド(ボーカル、ドラム担当)に入ったりしたが、両親の反対のため活動は不十分にしかできなかった。高卒後、身体の調子の良いときは量販店等でアルバイトを数件したが、いずれも長続きしていない。この頃までは、Aは出来るだけ両親の言いつけを守るようにしていたので、両親は「聞き分けの良い娘」であったという評価をしている。

X年(A21歳)より、アルバイト先で知り合った男性Bと交際し始めたが、Bは暴走族のメンバーである等素行に問題があることから、両親が交際を猛反対

し、AがBと連絡を取らないように監視し始めた。Aが二階の自室から出ないように見張り、無断で外出すると体罰を加えたという。この頃からAは両親の前では全く声が出なくなり、筆談でしかコミュニケーションできなくなった。Aは二階から脱出するなど、両親の眼をかくぐってBとの交際を続けていたが、携帯電話を解約したり、車を処分したりと、両親の監視手段も次第にエスカレートしていった。両親はAが居るかどうか確かめるために再三部屋を覗きに来ており、無断外出したときは罰として布団蒸しにしたり、警察に捜索願を出したこともあるという。

X+1年夏、AをBから引き離す目的で、C市から母親の実家のあるD町に引っ越した。そこでも殆ど家から出られない状態は続いた。同年末よりHVの頻度が頻回になったため、神経症状への心因の関与が疑われ、X+2年1月、P内科より当時共著者が勤務していた診療所に紹介された。

診療所では（殆ど両親同伴で受診）、Aは濃い化粧にサングラスとマスクを掛け、意思表示はすべて筆談であった。筆談内容は両親が携帯電話や自動車を処分したことへの不満が殆どで、歩けないことや声が出ないことという症状への関心は殆ど表出しなかった。心因性の失立失歩および失声と判断し etizolam 等の minor tranquilizer を投与したが症状に殆ど変化はなかった。X+2年7月、外来で医師と一対一になると少しずつ話が出来るようになったが、内容は筆談同様、〈携帯電話を弁償して〉等両親への非難が殆どであり、両親が同席するとまた緘黙になる状態であった。

同月末、外来終了後、警察署に電話で〈結婚問題で親に監禁されている〉と訴え、翌日にはD町の家から抜け出して一人でC市に戻った。両親と祖母が迎えに行ったがAは応じず、結局全員がC市に泊まった。その翌日、Aが近所の駐在所に行き監禁云々の訴えをするなどしたため、両親はこのままAと一緒に住み続けることは困難と考え、Aを連れて診療所受診し入院治療を要請した。当時の主治医は両親からの依頼のみでは入院させることは出来ないと説明、Aに入院の意思を確認したが、Aも〈親と一緒にいると耐えられない〉〈環境を変えたい〉と入院に同意したため、同日任意入院とした。

入院時現症・検査所見

服装は派手なタンクトップにミニスカート。顔半分

を覆うマスクに濃いサングラス。

意識は清明。構音障害なく、両親のいないところでは流暢に話す。やや嗶声あり。声の抑揚が大きく、話し方は演技的。

【Aとの面談】

—両親に言いたいことは？

〈監視しない、近寄らない〉〈携帯と車の弁償〉

—もう帰りたくない？

〈でも退院したら家しか帰るところがないから…〉

—どうなったら帰れるようになる？

〈とにかく構ってほしくない〉

—Bとの交際は？

〈引き裂かれたから自然消滅です〉

【両親との面談】

〈とにかくBと別れて欲しい〉

〈娘の結婚相手は我々が決める〉

〈以前は聞き分けのいい娘だったのに急に逆らうようになった〉

【検査所見】

血液検査：特記すべきことなし

神経症状：深部腱反射が亢進しているが演技的。失立失歩（+）だが、日内変動が大きい

頭部CT、MRI（P内科にて）：脱髄所見なし。その他異常所見なし。

心理検査：拒否されたため施行していない。

入院後経過

入院時以下の約束をした。

①入院期間は2ヶ月以内とする（Aも両親も短期の入院を希望）。

②入院目的は環境調整であり、主治医の役割は両親とAの橋渡しである。

③退院までに必ず両親と直接話をする事。

④HV時、不安時でも注射はしない。

Aは入院当初は〈過呼吸が起こった〉〈肩の骨が折れた〉等々頻繁な愁訴が聞かれ、その都度 diazepam 等の筋注を希望したが、約束通り注射は行わず、紙袋再呼吸法等で対処するよう指示した。入院2～3日目から身体症状は消失した。処方 etizolam 1.5mg（分3）のみとし、prednisolone 2.5mg（週5回）はP内科で漸減中であったため継続して減量し5週後に中止した。中止しても神経症状の再発は見られなかった。

なお、他患や職員とはすぐにうち解け、レクリエー

ションにも早期から積極的に参加するなど、院内での対人関係は良好に保てていた。

治療目標として、A、両親双方の感情的対立が歴然としており、特にAは両親と会うことを拒んでいたことから、①まず主治医が仲立ちをして②論点を明確にしたのちに③双方を対面させるがこの際は必ずA自身の口から感情を言語化する、というおおまかな流れを設定した。具体的には、Aに対しては、入院後言動から、Bとは既に交際しておらず、高圧的な両親を頑なに拒絶していただだけである（背景には強い独立

志向あり）と了解できたため、その心理過程をfeedbackしながら、両親にA自身から希望を伝える方向でアプローチし、両親に対しては、自分たちの意見を押しつけるだけでなくAの気持ちも受け入れるよう説明しながら、いわゆる“子離れ”をすすめる方向でアプローチした。

Aは入院中積極的に外出しアパートやアルバイト先を見つけることで将来への見通しが立ち、入院30日目頃から、両親に直接話そうという意志が高まってきた。また両親も高圧的な態度を緩和しAの自立を認

表1 入院後経過

日数	A	両親	症状, 主治医の対応等
3	<p>[両親へ]</p> <p>〈父には車と携帯電話の弁償をして欲しい〉</p> <p>〈職業に貴賤はないのに、Bの仕事は屑の仕事だと言われたのが許せない〉</p> <p>[入院した感想]</p> <p>〈私にとって、入院しているのは（両親の目の届かない自分の部屋で居るとい意味で）家の二階にいるのと同じ〉</p>	<p>〈Aが外出したり電話を掛けたりしてBと連絡を取ることがないようにして欲しい〉</p>	<p>HVや関節痛等、頻繁な身体症状の愁訴。</p> <p>A、両親双方に、いずれは直接話合う機会を作るので協力して欲しいと説明。</p> <p>AがBと連絡を取っている様子は認められない。</p>
6	<p>一家に帰りたいか</p> <p>〈誰も自分の部屋を見に来ないのなら帰ってもいい〉</p>		<p>HVおよび身体症状の愁訴が消失したため単独院外外出可とした。</p>
12	<p>〈Bとはもう会う会わない以前の問題で、引き裂かれているんです〉</p>	<p>〈Bに会いに行くと困るので病院から出さないで欲しい〉</p>	
14	<p>〈一人で住みたい〉</p> <p>〈仕事して結婚して……親の支配の届かないところ〉</p> <p>〈退院しても同居はしません〉</p> <p>〈親に会えと言われれば会うけど、今は声が出ない〉</p>	<p>[Aへ]</p> <p>Bおよびそのグループとは今後一切交際しないで欲しい。関係を断つと確約してくれば監視を解く。</p> <p>今までのような聞き分けの良い娘に戻って欲しい。</p> <p>[病院へ]</p> <p>AとBが連絡を取れないようにして欲しい。電話も掛けさせないで欲しい。</p>	<p>[両親へ]</p> <p>Aは23歳と成人であり、自分の価値判断で行動しているので親が強制しても交友関係を絶つことはできないであろう。現状ではAの心を閉ざすだけである。娘が入院せざるを得なくなった事態をもっと重く見て欲しい。</p> <p>[Aへ]</p> <p>「両親に自分の言葉で気持ちを伝えないと現状が打破できない」ということを徐々に説明していく。</p> <p>[両親へ]</p> <p>トラブルはないので現状通り外出は許可する。電話制限は出来ない。</p>
23	<p>〈どうしても両親が別居に反対するなら家庭裁判所で調停を頼みます〉</p>	<p>[主治医へ]</p> <p>①入院してもAには全く反省の色がない。現状では入院している意味がない。</p> <p>②別居は許せない。</p>	<p>この頃より、話題がBの問題から退院後の生活に移行してきた。</p>

30	〈今親と会ってもたぶんまだ話せない〉		両親に会おうとする意思表示が出てきた
40	[親に会う踏ん切りがつかない様子] 〈多分両親は先生に私を押さえつけて欲しいと思っている〉 〈会うことを考えただけでも駄目です〉	父から再三 A 宛の手紙が届く。両親が如何に A のことを心配しているかという内容。	A は精力的に外出しアルバイト先、アパート等見つけている
49	〈退院しても家には帰りません。入院中にアパートを探します。右の条件は (1) 結婚しないと言う約束なら出来る。もう自然消滅しているのだからこんな条件を出すこと自体ナンセンス。B と会うなというのは不可能。注: B とは X+1 年頃以降交際していないという (2) 体力は十分にある。〉 〈親が私のことを心配してくれているのは分かりますが、それは A 家の娘として考えているのであって、私個人の気持ちは考えてくれていません〉	[A に伝えて欲しいと主治医へ] ①別居云々より、対話できる心境になって欲しい。 ②将来的には別居も已むを得ないが以下の条件をつける。 (1) B と今後交際しない。 (2) 自活できる体力がある (MS の症状が出ない) ③親に黙って話を進めず自分で説明して欲しい。 ④親が親身になっている気持ちも汲んで欲しい。	主治医より下記注意しておく。また、A が両親に対して両価的感情をもっていることも指摘しておいた 〈現在は生活費その他親の援助を得ているのだから、自立するとしてもある程度のけじめは必要。自分の力で両親を説得してみなさい〉
55	[母より電話を掛けてもらい、A を電話口に出す] 最初は声が出なかったが、絞り出すように〈とにかく帰れないから〉等々、約10分ほど退院後の問題について話す。	母は10ヶ月ぶりに A の声を聞いたことで〈ほっとした〉〈早く会いたいので近いうちに行きます〉と態度を軟化。	
57	両親来院。A は両親の前でも普通に話せる。A より退院後の計画 (アルバイト先、収入、家賃等) について説明してもらう。両親は A の意志を尊重することで納得。面談後、親子 3 人で墓参。		
61	退院		

めたため、入院55日目に実現した A と両親の対話もスムーズに進行した。(表 1)

退院後の外来通院は数ヶ月に1度ある。現在もアパートに独居しアルバイトも続けている。両親には自分から会いに行くことはないが、診療所受診時に両親も同席している。鍼灸等の精神神経症状は全くみられていない。なお、経過中、幻覚妄想等の精神病症状は全く認められなかった。

考 察

本例は、娘 A を溺愛するあまり高圧的になってしまった両親とのコミュニケーション不足が基盤にあり、B との交際問題を契機に発症した転換性障害 (表 2)¹⁾ と思われる。転換性障害では周知のように疼痛^{3), 8)}、視力障害⁶⁾等様々な身体症状を呈しうるが、本例では失立失歩が主体であった。症状の時間的空間的多発性から近医では MS を疑われていたが、今回の入院以降

表 2 転換性障害 (DSM-IV 300.11)¹⁾

- A. 神経疾患または他の一般身体疾患を示唆する、随機機能運動または感覚機能を損なう 1 つまたはそれ以上の症状または欠陥。
- B. 症状または欠陥の始まりまたは悪化に先立って葛藤や他のストレス因子が存在しており、心理的要因が関連していると判断される。
- C. その症状または欠陥は (虚偽性障害または詐病のように) 意図的に作り出されたり捏造されたりしたものではない。
- D. その症状または欠陥は、適切な検索を行っても、一般身体疾患によっても、また物質の直接的な作用としても、または文化的に容認される行動または体験としても、十分に説明できない。
- E. その症状または欠陥は、著しい苦痛または、社会的、職業的、または他の重要な領域の機能における障害を引き起こしている、または医学的評価を受けるに値する。
- F. その症状または欠陥は、疼痛または性機能障害に限定されておらず、身体化障害の経過中にのみ起こってもおらず、他の精神疾患ではうまく説明されない。

表3 家族療法 family therapy⁵⁾

①家族療法の治療機序と目標

現在の問題、将来予測される問題を自力で解決する方法を家族に学ばせるために、現在のコミュニケーションのパターンを認識させ変化させる。

②家族療法の適応

狭義の精神障害から、家族の患者への反応により影響されるような身体疾患まで様々。

③家族療法の設定

頻度は週1回～月1回。典型的には全ての家族成員が治療に参加するがそれは必須条件ではない。

④治療者の役割と介入

治療構造を設定、個々の成員の信念、態度、コミュニケーションのパターンを明確化し治療目標に向けガイドする。

(1)過去に遡及せず「いま・ここ」の問題から介入する

(2)誰とも同盟し誰とも同盟しない

(3)積極的介入

prednisolone を中止しても神経症状が再発せず、症状増悪時でも画像的に脱髄所見が見られなかったことから、MSは否定できると考えられる。

家族療法²⁾は1950年代後半に Ackerman、Midelfort により始められ、以後様々な変化・分化を遂げながら発展してきた治療法である。現代では百家争鳴の観があるが一般的には(表3)^{4),5)}のような概念(システム家族療法)で治療が進められることが多い。家族療法は「症状が機能不全に陥った家族関係のシステムの中に組み込まれていると治療者が見なす場合」に適応になるとの Warlond-Skinner⁹⁾による指標がある。

本例では、緊急避難的入院の要素が強かったため、あらかじめ治療構造を厳密に設定することはできなかったが、入院時に治療のおおまかな枠組みをある程度決めることはできた。治療目標は両親と患者が直接対話することにおき、過去の問題(嫉、行動制限等)にはできるだけ直面させず、「今ここで now & here」どうすべきかを考えさせることに重点を置いた。また、両親への強い拒絶の裏で愛情を求める両価的な感情があることを患者に伝え、患者自身に感情を整理し言語化する機会をもたせた。機能不全を引き起こしていた家族間の暗黙のルール(親には絶対服従)が変化したことで家族の再構造化(娘の自立)につながったと考えられ、結果的には構造的家族療法⁷⁾に近いアプローチの方法となったといえよう。入院期間を短期に設定したこと、両親も治療そのものには協力的で主治

医と頻回に面談をもてたことも家族関係の改善に幸いしたといえる。

本例は特異な家族関係が発症の誘因となったと考えられるため家族療法が奏功したが、他の精神神経科的疾患、あるいは身体疾患でも、病状の変化に家族の影響が大きい場合は家族療法の適応を考えてみるべきであろう。

文 献

- 1) American Psychiatric Association: DSM-IV, Washington, DC, 1994
(高橋三郎, 大野 裕, 染谷俊幸訳: DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引. 医学書院, 東京, 1995)
- 2) Barker P: Basic Family Therapy. 1981
(中村伸一, 信国恵子監訳: 家族療法の基礎. 金剛出版, 東京, 1993)
- 3) Dittmann RW: Psychogene thorakale Schmerzattacken. Pathogenese, Verlauf, Therapie. Z Kinder Jugendpsychiatr 22: 114-122, 1994
- 4) 狩野力八郎: 家族アプローチの諸様態. 精神分析研究 32: 37-44, 1988
- 5) 加藤昌明, 保崎秀夫, 笠原 嘉, 他編: 新版精神医学事典. 狩野力八郎: 家族療法 p109-110, 弘文堂, 東京, 1993
- 6) Leaverton DR, Rupp JW, Poff MG: Brief therapy for monocular hysterical blindness in childhood. Child Psychiatr and Human Development 7: 254-263, 1977
- 7) Minuchin S: Families & Family Therapy. Harvard, Mass. 1974
(山根常夫訳: 家族と家族療法. 誠信書房, 東京, 1984)
- 8) 筒井伸一, 東 豊, 細井昌子, 他: 転換性障害が大きく関与した慢性疼痛障害(腰痛)症例に対する心身医学的治療経験. 心身医学 37: 151-156, 1997
- 9) Warlond-Skinner S: Indications and contraindications for the use of family therapy. J Child Psychol and Psychiatr 19: 57-62, 1978

A Case of Conversion Disorder Which Improved Due To Approach by Family Therapy

Koji MATSUOKA¹⁾, Hiromichi OKABE¹⁾, Kozo IMAI²⁾

- 1) Division of Neuropsychiatry, Tokushima Red Cross Hospital
- 2) Awaishima Hoyoin Hospital

We reported a 22-year-old female, with conversion disorder which has an experience of being confined at home by parents. Her mother has severe disability. From the childhood of the patient, she was brought up with strict restrictions imposed by her parents concerning association with friends, time to come home, and so forth. When she was a junior high school student, hyperventilation syndrome developed, and after entering senior high school, astasia and abasia occurred intermittently. At the age of 21, her parents strongly opposed to her association with a boy friend, and she was put in a state of confinement at upstairs of her home, and if she went out without permission, she was given corporal punishment. From about that time, she began to have aphonia, and then she was introduced to our hospital (for voluntary hospitalization) by the nearby clinic. Treatment was started with aim set at (1) environmental adjustment, and (2) encouraging the patient to express her sentiment toward parents in words. After limiting the hospitalization period, a 3-party discussion was held frequently including the parents. In so doing, efforts were made for approach by family therapy. In the second month of hospitalization, her aphonia disappeared at a chance of making phone call to her parents. In subsequent course of compromise, distorted family structure was recognized by both parties, which led to dramatic disappearance of symptoms, and the patient was discharged.

Key words : conversion disorder, family therapy

Tokushima Red Cross Hospital Medical Journal 7 : 69-74, 2002
